

## **Compléments d'honoraires en anesthésie : ce qu'il faut savoir**

Certains anesthésistes, à l'instar de certains chirurgiens peuvent facturer des compléments d'honoraires. Ces compléments (appelés souvent dépassements) sont prévus et encadrés par la loi et découlent de choix politiques.

Plusieurs faits les rendent nécessaires aujourd'hui.

Le secteur à honoraires libres (secteur 2) existe depuis plus de 30 ans et a été mis en place car la sécurité sociale n'était plus à même de payer le coût des soins (notamment les honoraires médicaux) à leur juste valeur jusqu'à ne plus pouvoir indexer les remboursements sur l'inflation. Certains tarifs de remboursements « tarifs sécu » ont été bloqués et les médecins de secteur 2 ont été autorisés à pratiquer des compléments d'honoraires (acquittés par le patient avec en théorie un remboursement secondaire par une complémentaire santé) afin de, justement, compléter leurs honoraires face à l'augmentation des coûts de leur pratique.

Ces coûts de la pratique de la médecine moderne sont multiples :

- Coût du matériel, de plus en plus sophistiqué et onéreux, que bien souvent les praticiens achètent en leur nom ou louent à un établissement de santé sous la forme d'une redevance (sorte de taxe sur leurs honoraires).
- Coût de personnel (secrétariat, aides opératoires diplômés, infirmières anesthésistes).
- Coût de l'assurance professionnelle qui ne fait qu'augmenter avec la multiplication des plaintes et procédures médico-légales ces dernières années.
- Coûts de gestion (comptabilité, informatisation du cabinet, site internet).

Chaque médecin libéral est ainsi un chef d'entreprise dont les tarifs sont bloqués par l'assurance maladie mais dont les charges ne font qu'augmenter d'année en année.

L'amélioration de la qualité des soins, qui est une préoccupation constante des patients, des tutelles et des médecins libéraux, nécessite un investissement important en énergie et en temps pour :

La formation continue, la participation à des comités transversaux dans les établissements (comité douleur, comité du médicament, relations usagers), la gestion des risques et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Toutes ces activités sont obligatoires pour un médecin libéral. Elles viennent se rajouter en plus des activités de soins, se traduisant par des réunions tard le soir ou des jours passés en formation. Bien entendu rien de tout cela n'est rémunéré.

Enfin, la plupart des évolutions technologiques qui améliorent la performance et la sécurité des soins (robot chirurgical, anesthésie locorégionale et pose de perfusions à risques sous échographie par exemple) sont rapidement déployées en médecine libérale, et ne seront (éventuellement) valorisées par l'assurance maladie au niveau des tarifs qu'après plusieurs années.

***On pourrait dire au total que si la santé n'a pas de prix, la médecine, elle, a bien un coût !***

## Cas pratiques et informations utiles

“ Je suis à 100%, je ne paye jamais chez le médecin ”

Cette phrase peut recouvrir un grand nombre de cas de figures. Il vous faudra fournir des justificatifs. Dans le cadre des affections de longue durée (ALD), la prise en charge à 100% ne concerne que la part du “tarif sécu” et seulement pour les actes en lien avec la pathologie qui est couverte à 100% (diabète, hypertension sévère, cancer ...) et ne concerne en aucun cas les compléments d'honoraires.

“ Je suis bénéficiaire de la CMU, CSS, AME ”

La législation prévoit qu'aucun complément d'honoraire ne peut vous être facturé sauf *“exigence particulière du patient”* et à condition qu'une attestation à jour soit présentée.

“ Je me fais opérer dans le cadre d'un AT ou d'une maladie professionnelle, je ne dois rien payer ”

C'est un abus de langage, la prise en charge à 100% ne concerne que la partie remboursée par la Sécurité Sociale. Les compléments d'honoraires n'en font pas partie. L'AT/MP ne fait pas partie des situations où les compléments d'honoraires sont « interdits » à la différence des patients bénéficiant de la CMU, CSS et AME.

“ Ma mutuelle me demande le code CCAM ”

Il s'agit du code précis décrivant l'acte chirurgical qui sera réalisé. C'est ce code qui détermine le tarif “sécurité sociale” de l'acte du chirurgien et de l'anesthésiste. Pour la plupart des interventions programmées, le chirurgien peut vous le fournir en amont de l'intervention (il doit se trouver sur son devis si celui-ci pratique un complément d'honoraires). Parfois et par nécessité médicale, l'opération est un peu différente de celle prévue et le code final sur la facture sera différent. En tout état de cause seul le chirurgien est à même de vous donner à priori le code de l'intervention qui sera réalisée.